



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – Uniceub
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL COM CUIDADORES DE
UMA INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA DO DISTRITO FEDERAL

Lorrany Santos Rodrigues
Erika Blamires Santos Porto

Brasília, 2017

RESUMO

Introdução: Os cuidadores em decorrência da sua função possuem qualidade de vida e autocuidado comprometidos, sendo a alimentação uma ferramenta promotora do autocuidado. **Objetivo:** Realizar atividade de educação alimentar e nutricional com cuidadores de uma instituição filantrópica do Distrito Federal. **Metodologia:** Consistiu em um estudo de intervenção do tipo antes e depois com 33 cuidadores formais selecionados por amostra não-probabilística por conveniência. Para o planejamento e desenvolvimento da atividade utilizou-se a metodologia da problematização com o Arco de Magueréz. Avaliação dos participantes foi realizada por meio de entrevista 14 dias após a atividade. **Resultados:** Dentre as dificuldades encontradas para se ter uma alimentação adequada e saudável, a maioria relaciona-se a motivos pessoais (59,8%) e questões macroeconômicas (55%). A promoção do autocuidado através de atividade de educação alimentar e nutricional contribuiu para a adoção de práticas alimentares mais saudáveis. Metodologias problematizadoras são ferramentas promotoras de empoderamento e de construção de conhecimento, habilidade e atitude acerca de práticas alimentares saudáveis. **Conclusão:** Atividades de Educação Alimentar e Nutricional problematizadoras que resgatam e/ou intensifiquem o autocuidado e a autonomia e promovam o empoderamento, contribuíram para adoção de práticas alimentares mais saudáveis.

Palavras-chave: Cuidador. Qualidade de vida. Educação alimentar e nutricional.

1. INTRODUÇÃO

O cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2008a, 2009, 2010a; SÃO PAULO, 2008).

Historicamente a função de cuidar de um indivíduo dependente era desempenhada por um membro da família, geralmente do sexo feminino que se voluntariava para tal função, intitulado cuidador informal ou primário. Com a mudança da estrutura familiar, a existência de núcleos cada vez menores e a inserção da mulher no mercado de trabalho, tornaram-se cada vez mais escassas a participação da família como prestadora primária de cuidado (BRASIL, 2008a; SÃO PAULO, 2008).

Diante desse cenário surgiu a necessidade de delegar a outro indivíduo a função de “cuidar”. É nesse contexto que o cuidador profissional ou cuidador formal foi inserido, definido como profissional capacitado para prestar cuidados a um indivíduo, tanto no âmbito domiciliar quanto em Instituições de Longa Permanência (BRASIL, 2008a; SÃO PAULO, 2008).

Pesquisas realizadas com o intuito de avaliar o perfil, a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores elucidam que na sua maioria são mulheres, com renda baixa e nível de escolaridade reduzido; possuem sobrecarga elevada, diretamente proporcional ao grau de dependência do indivíduo; e qualidade de vida comprometida por causas ligadas à atividade do cuidado. Tal sobrecarga pode ser percebida, por exemplo, pela própria anulação pessoal, passando a negligenciar o autocuidado, priorizando o cuidado ao indivíduo dependente, o que pode culminar no adoecimento do próprio cuidador (BRASIL, 2009, 2013; CARDOSO et al., 2012).

A redução do autocuidado em detrimento da prestação de auxílio a outrem é uma realidade para os cuidadores. Sendo assim, o fortalecimento e o resgate do mesmo por parte dos cuidadores é um dos eixos centrais para maximizar a qualidade de vida desse público e consequentemente a melhora dos cuidados prestados.

A alimentação constitui-se em um dos principais determinantes sociais de saúde e contribui para o resgate do autocuidado de modo geral. Pesquisas que avaliam o perfil da

alimentação do brasileiro demonstram mudanças nos padrões alimentares caracterizado principalmente pelo progressivo aumento no consumo de alimentos processados e ultraprocessados em detrimento da redução do consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Relacionando os piores índices a populações com baixa escolaridade e renda, características do perfil dos cuidadores (BRASIL, 2008b, 2010b, 2014; MOREIRA et al., 2015).

Nesse contexto, a educação alimentar e nutricional (EAN) pode ser inserida como uma poderosa ferramenta de promoção do autocuidado e autonomia, visando resgatar e/ou intensificar o interesse do sujeito a cuidar de si próprio, atuando de forma direta na melhoria da saúde e qualidade de vida por meio de práticas alimentares autônomas mais saudáveis (BRASIL, 2012).

Há uma lacuna na literatura a cerca da qualidade de vida do cuidador formal. Bem como não foram encontradas pesquisas que avaliam o perfil alimentar dos mesmos e os possíveis impactos da sua alimentação na saúde e na qualidade de vida. Diante do exposto o objetivo deste trabalho é realizar atividade de educação alimentar e nutricional com cuidadores de uma instituição filantrópica do Distrito Federal, buscando resgatar e/ou intensificar o autocuidado e a autonomia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

Realizar atividade de educação alimentar e nutricional com cuidadores de uma instituição filantrópica do Distrito Federal.

2.2 Objetivos secundários

- ✓ Identificar as principais dificuldades dos cuidadores relacionadas à alimentação.
- ✓ Elencar as prioridades a serem trabalhadas associadas às práticas alimentares dos cuidadores.
- ✓ Planejar e executar atividade de educação alimentar e nutricional que atenda as prioridades de intervenção.
- ✓ Avaliar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes pelos cuidadores.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Sujeitos da Pesquisa

33 cuidadores profissionais de indivíduos portadores de necessidades especiais.

3.2 Desenho do estudo

Estudo de intervenção do tipo antes e depois.

3.3 Metodologia

O estudo foi realizado em uma instituição privada sem fins lucrativos, localizada em uma região administrativa do Distrito Federal que atua desde 2009 no acolhimento de crianças, jovens e adultos, de 0 a 59 anos portadores de necessidades especiais, vítimas de abandono em hospitais ou encaminhadas pelos familiares que por alguma razão não apresentam condições de assumir o cuidado. Tal instituição oferece cuidado integral aos portadores de necessidades especiais. A amostra foi do tipo não-probabilística por conveniência, adotando como critério o convite a todos os cuidadores do período diurno.

O presente estudo utilizou a metodologia da problematização com o Arco de Magueréz, apresentado primariamente por Bordenave e Pereira (1982) e extensamente estudado por Berbel (1995, 1996, 1998, 2012), que se divide em cinco etapas. Devido à existência de duas equipes de cuidadores na instituição, todas as etapas foram realizadas em dois momentos de igual execução, em ambos os grupos, objetivando a participação de toda a equipe.

A primeira etapa consistiu na *observação da realidade*, que visou determinar quais os problemas e possíveis temas que seriam importantes ser abordados. Nessa etapa os cuidadores participaram de uma entrevista com questionário estruturado (APÊNDICE A), acerca de suas práticas alimentares relacionadas à sua atividade de cuidador, dados sociodemográficos, peso e altura referidos.

A segunda etapa consistiu na identificação dos principais problemas relacionados às práticas alimentares dos cuidadores, definindo assim, os *pontos chave* a serem trabalhados posteriormente. A partir dessa definição deu-se início a terceira etapa, a *teorização*, que consistiu na realização de uma ampla pesquisa na literatura acerca dos pontos problematizados com o intuito de embasar a intervenção.

A partir das informações das etapas anteriores e tendo-as como base, foi planejada uma atividade de EAN, contendo cinco etapas, objetivando a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes promovendo assim, autocuidado e autonomia como *hipótese de solução* para os problemas encontrados relacionados aos hábitos alimentares dos cuidadores (APÊNDICE B). A *aplicação à realidade* ocorreu em dois dias consecutivos, tendo duração média de 90 minutos.

Para avaliação da eficácia da intervenção, 14 dias após a execução da atividade de EAN, foi realizada nova entrevista com o grupo de cuidadores (APÊNDICE C) onde foram convidados a responder algumas perguntas sobre como havia sido a experiência, qual dinâmica mais gostaram e qual o momento que mais os tinha marcado. O estudo ocorreu entre os meses de fevereiro e maio do ano de 2017.

3.4 Análise de dados

Os dados referentes à primeira entrevista foram analisados de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), buscando relacionar a qualidade da dieta e as práticas alimentares dos cuidadores com as orientações e os “10 passos para uma alimentação adequada e saudável” preconizados no documento supracitado.

A avaliação dos dados de peso e altura referidos se deu por meio da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), proposto pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995).

A avaliação da atividade de educação alimentar e nutricional deu-se de forma qualitativa, por meio de entrevista com o grupo de cuidadores que participou da atividade.

3.5 Aspectos Éticos

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Antes da submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi solicitada à instituição participante a assinatura no Termo de Aceite Institucional. A coleta de dados só teve início após a aprovação do referido comitê e assinatura dos participantes do TCLE (APÊNDICE D). Na execução e divulgação dos resultados foi garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

4. RESULTADOS

4.1 Observação da realidade

Dos 33 cuidadores selecionados, foram excluídos aqueles que não compareceram ao trabalho no dia da entrevista inicial, totalizando 31 cuidadores (93,9%). A amostra foi composta em sua totalidade por mulheres, com faixa etária média de 36 anos e 77,4% (n=24) possuía de 0 a 8 anos de estudo regular. Das cuidadoras entrevistadas 58% (n=18) relataram não ter companheiros e 90,3% (n= 28) são mães. A maioria relatou ausência de patologias (84%), sendo citadas hipertensão arterial, hipercolesterolemia e gastrite. Quanto à avaliação pelo IMC, 71% das cuidadoras souberam relatar o peso e a altura atual, revelando que 68,1% apresentavam algum grau de excesso de peso (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde de cuidadoras de uma instituição filantrópica de Brasília. Distrito Federal. 2017.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	31	100,0
Masculino	0	0,0
Escolaridade (anos)		
0 a 8 anos	24	77,4
9 a 11 anos	7	22,6
> 12 anos	0	0,0
Estado civil		
Sem companheiro	18	58,0
Com companheiro	13	42,0
Filhos		
Sim	28	90,3
Não	3	9,7
Patologias		
Não	26	84,0
Sim	5	16,0
Índice de massa corporal (IMC)		
Eutrofia	7	31,8
Pré-obesidade	12	54,5
Obesidade	3	13,6
O seu peso teve qual característica nos últimos seis meses?		
Aumentando	13	42,0
Manutenção	10	32,2
Diminuindo	8	25,8

As cuidadoras realizam normalmente de três a quatro refeições por dia. Quanto aos alimentos consumidos por refeição, os mais relatados como parte do desjejum habitual foram o pão francês 54,8% (n=17), seguido de café com leite 45,2% (n=14). Dentre os mais consumidos no almoço encontraram-se o arroz branco, seguido de uma fonte proteica,

geralmente a carne bovina, feijão e hortaliças cruas. A maioria das cuidadoras (61,3%) relatou manter o mesmo padrão do almoço no jantar. As que substituem o jantar por lanches relataram consumir em sua maioria biscoitos de sal ou de doce (50%), seguido de suco industrializado e/ou refrigerante (33,8%). Dos alimentos tidos como preferidos, observou-se que a maioria (58%) relatou preparações culinárias salgadas elaboradas pelas mesmas e alimentos *in natura*, sendo que os processados e ultraprocessados corresponderam a 32,6% de todos os alimentos mencionados (Tabela 2).

Quanto à classificação do processamento dos alimentos relatados, 40% desses foram classificados como processados ou ultraprocessados no desjejum e 58,3% nos lanches. Estas foram às refeições que as participantes mais relataram o consumo de alimentos provenientes dessas categorias. Dentre os alimentos consumidos no almoço 85,7% pertenceram à categoria dos alimentos *in natura* ou minimamente processados. Entre as participantes que optam por lanches, em substituição ao jantar, a maioria dos alimentos relatados pertence à categoria dos processados ou ultraprocessados. O consumo de alimentos *in natura*, como as frutas, estiveram presentes em aproximadamente 35% dos lanches, 12,8% dos desjejuns e 3,2% dos almoços.

Tabela 2. Perfil alimentar de cuidadoras de uma instituição filantrópica de Brasília. Distrito Federal. 2017.

Variáveis	N	%
Quais alimentos você consome normalmente no café da manhã?		
Pão francês	17	54,8
Café com leite	14	45,2
Cuscuz	12	38,7
Café	11	35,5
Tapioca com margarina	7	22,6
Ovo	6	19,4
Biscoito água e sal	5	16,0
Pão de queijo	5	16,0
Peta	3	9,7
Queijo	2	6,4
Requeijão	2	6,4
Leite	2	6,4
Suco da fruta	2	6,4
Bolo	2	6,4
Torrada	2	6,4
Fruta	2	6,4
Refrigerante	1	3,2
Batata doce	1	3,2
Leite condensado	1	3,2
Iogurte	1	3,2
Quais alimentos você consome normalmente no almoço?		
Arroz branco	30	97,0
Carnes	28	90,3
Feijão	26	84,0

Hortaliças (diariamente)	19	61,3
Hortaliças (esporadicamente)	8	26,0
Macarrão	4	13,0
Ovo	2	6,4
Suco natural /polpa	2	6,4
Sardinha	2	6,4
Arroz integral	1	3,2
Peixe	1	3,2
Embutidos	1	3,2
Frutas	1	3,2
Carnes (esporadicamente)	1	3,2
Quando não repete o almoço, quais alimentos você consome normalmente no jantar?		
Biscoito sal / doce	6	50,0
Suco industrializado / refrigerante	4	33,8
Pão com margarina	3	25,0
Café	3	25,0
Sanduíche caseiro	3	25,0
Leite com achocolatado	1	8,3
Café com leite	1	8,3
Queijo	1	8,3
Leite integral	1	8,3
Macarrão	1	8,3
Embutidos	1	8,3
Cuscuz	1	8,3
Pão de queijo	1	8,3
Mingau industrializado	1	8,3
Quais alimentos você consome normalmente nos lanches?		
Biscoito de sal	11	42,3
Fruta	10	38,5
Iogurte	5	19,2
Pão com margarina	5	19,2
Café	4	15,4
Biscoito recheado	4	15,4
Cuscuz	4	15,4
Bolo	4	15,4
Suco industrializado	3	11,5
Leite	3	11,5
Tapioca	3	11,5
Pão de queijo	3	11,5
Leite com café	3	11,5
Refrigerante	2	7,3
Pipoca	2	7,3
Pizza	2	7,3
Canjica	1	3,8
Embutidos	1	3,8
Queijo	1	3,8
Macarrão	1	3,8
Peta	1	3,8
Hambúrguer	1	3,8
Cachorro quente	1	3,8
Leite com achocolatado	1	3,8
Quais são os seus alimentos preferidos?		
Peixe	9	29,0
Doces/guloseimas	8	26,0
Carnes	6	19,4

Refrigerante/ sucos industrializados	6	19,4
Arroz	6	19,4
Frutas	6	19,4
Massas	6	19,4
Bolo	6	19,4
Hortaliças	6	19,4
Chocolate	4	13,0
Sorvete	4	13,0
Feijão	4	13,0
Torta salgada	3	9,7
Pão francês	3	9,7
Sobremesas	2	6,4
Cuscuz	2	6,4
Hambúrguer	2	6,4
Galinhada	2	6,4
Tubérculos e raízes	2	6,4
Mocotó	2	6,4
Salgadinho de pacote	2	6,4
Tapioca	2	6,4
Pizza	2	6,4
Café com leite	2	6,4
Café solúvel	1	3,2
Farofa de ovo	1	3,2
Feijão tropeiro	1	3,2
Sardinha	1	3,2
Lasanha	1	3,2
Caldo	1	3,2
Gelatina	1	3,2
Queijo com açúcar	1	3,2
Rapadura	1	3,2
Biscoito recheado	1	3,2
Batata frita	1	3,2
Torresmo	1	3,2
Dobradinha	1	3,2
Ovo	1	3,2
Pão de queijo	1	3,2
Café	1	3,2
Leite condensado	1	3,2
Achocolatado	1	3,2
Canjica	1	3,2

Acerca das práticas alimentares das cuidadoras, a maioria delas referiram não consumir alimentos além de suas necessidades rotineiramente, mas quando o fazem demonstraram arrependimento; avaliaram sua mastigação como muito rápida ou rápida; relataram realizar suas refeições em companhia sempre que possível e consideram-na uma prática positiva e importante, destacando ainda, mudanças negativas na forma como se alimentam (71%) quando estão desacompanhadas, como redução do prazer e/ou do apetite. A culinária e o ato de cozinhar foram descritos pela grande maioria das cuidadoras (93,5%) que relataram cozinhar regularmente em suas casas, preferindo preparações culinárias a produtos prontos para o consumo, especialmente nas refeições principais. Sobre a autoavaliação das

participantes sobre a qualidade de sua alimentação 64,5% (n= 20) consideraram-na saudável em algum grau (Tabela 3).

Foi observado que assistir televisão e/ou utilizar o celular no momento das refeições não se configura em uma prática da maioria das cuidadoras, sendo que tal conduta foi evidenciada apenas entre as cuidadoras mais novas (Tabela 3).

Tabela 3. Práticas alimentares de cuidadoras de uma instituição filantrópica de Brasília. Distrito Federal. 2017.

Variáveis	N	%
Você costuma comer até se sentir muito cheio (empanturrado)?		
Não	18	58,0
Sim	13	42,0
Costuma se arrepender quando exagera?		
Não	3	23,0
Sim	10	76,9
Como você avalia a velocidade da sua mastigação?		
Muito rápida / Rápida	24	77,4
Lenta / Muito lenta	7	22,6
Quando você realiza suas refeições sozinha há alguma mudança na sua ingestão alimentar?		
Sente menos prazer ao comer sozinha / Não sente fome	12	54,5
Come quantidades maiores quando sozinha	6	27,3
Mastigação mais rápida quando sozinha	5	22,7
Sente mais prazer ao comer sozinha	3	13,6
Come quantidades menores quando sozinha	3	13,6
Sente vergonha de comer acompanhada	1	4,5
Mastiga mais devagar quando come sozinha	1	4,5
Você costuma realizar suas refeições assistindo televisão e/ou utilizando o celular?		
Não	18	58,0
Sim	13	42,0
Você cozinha com regularidade?		
Sim	29	93,5
Não	2	6,4
No geral como você considera sua alimentação?		
Muito saudável	5	16,1
Saudável	5	16,1
Saudável de vez em quando	10	32,3
Pouco saudável	5	16,1
Não é saudável	6	19,4

Dentre as principais dificuldades relatadas pelas cuidadoras para ter uma alimentação adequada e saudável 55% foram por questões macroeconômicas, 59,8% motivos pessoais, 40% de origem motivacional e 14,8% da carência de informação (Tabela 4).

Tabela 4. Dificuldades relatadas pelas cuidadoras de uma instituição filantrópica para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Brasília. Distrito Federal. 2017.

Variáveis	N	%
Alto custo	10	37,0

Disponibilidade e acesso aos alimentos saudáveis são dificultados	5	18,5
Falta de tempo	5	18,5
Gostar de frutas e verduras	3	11,1
Falta de foco/determinação/força de vontade	3	11,1
Não sabe o que é saudável, nem o que comprar	3	11,1
Não consegue seguir uma dieta por muito tempo	3	11,1
Tudo que é saudável não é saboroso	2	7,4
Filho portador de G6PD	1	3,7

A partir das dificuldades elencadas pelas cuidadoras para adoção e manutenção de hábitos alimentares saudáveis, as mesmas relataram o que gostariam de aprender sobre alimentação saudável (Tabela 5).

Tabela 5. Temas de interesse sobre alimentação saudável de cuidadoras de uma instituição filantrópica de Brasília. Distrito Federal. 2017.

Variáveis	N	%
Como emagrecer	7	20,0
Como emagrecer com uma alimentação saudável	5	14,3
Alimentação saudável que possa ser executada	5	14,3
Quais são os alimentos saudáveis e não saudáveis	4	11,4
Reaproveitamento integral dos alimentos/ receitas simples e saudáveis	4	11,4
Alimentos que auxiliam no funcionamento intestinal	2	5,7
Alimentos para o bom desempenho na musculação	1	2,9
Como não consumir muita massa	1	2,9
Aprender a comer menos	1	2,9
Combinação entre alimentos	1	2,9
Por que engordamos?	1	2,9
Alimentos que aceleram o metabolismo	1	2,9
Suco de berinjela /suco detox é bom?	1	2,9
O que substituir pelo jantar	1	2,9

4.2 Execução da atividade

4.2.1 Primeira etapa: Quero emagrecer!

Uma cuidadora não quis participar da atividade, pois relatou já saber muito sobre alimentação e não sentia necessidade de mais informação, totalizando, portanto 30 participantes (90,9%). As demais se mostraram empolgadas com a atividade e ao verem o cartaz na parede com a seguinte pergunta: “O que é preciso fazer para emagrecer?”, começaram a conversar entre si sobre a pergunta, compartilhando o que já fizeram ou o que algum conhecido já fez para emagrecer. Algumas participantes mostraram-se surpresas com os relatos feitos pelas colegas, como: “Uma vez fiquei uma semana comendo só maçã, passei muito mal, fiquei desidratada e fui parar no hospital”.

No momento que lhes foi perguntado quais eram os sentimentos e dificuldades que essas atitudes causavam nas suas vidas e nas suas rotinas elas foram rápidas em responder e

mesmo as que disseram nunca ter realizado nenhuma das atitudes listadas deram suas opiniões, como: “é um sacrifício”, “me sinto isolada, deprimida”, “sinto dor de cabeça, tontura” (Figuras 1 e 2).

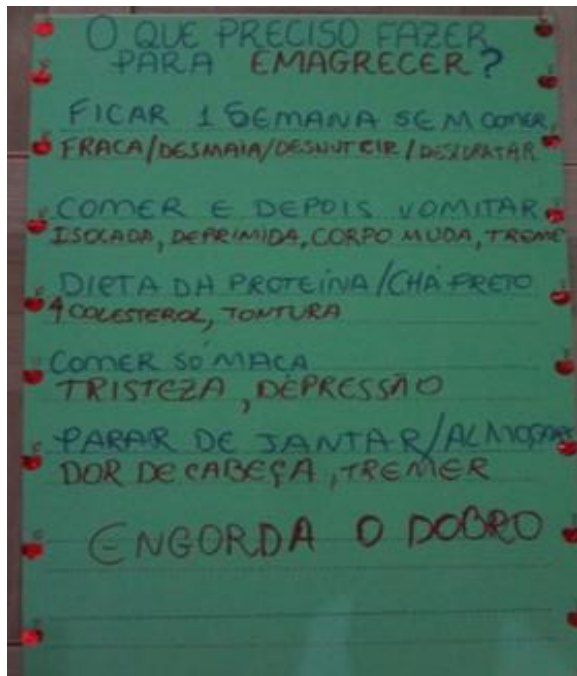


Figura 1 – Quadro atitude-efeito (Grupo 1)

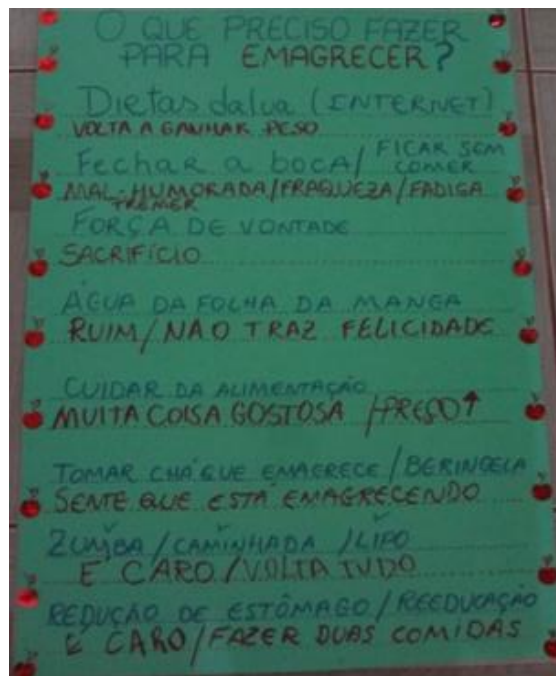


Figura 2 – Quadro atitude-efeito (Grupo 2)

4.2.2 Segunda etapa: dinâmicas de grupo

Das três dinâmicas propostas, a da mastigação e do semáforo foi as que as participantes demonstraram maior interesse. No semáforo da alimentação, onde as cuidadoras separaram os alimentos da forma com que achavam que deveriam ser consumidos, seguindo a lógica de um semáforo. Houve muita interação e discussão entre os grupos sobre onde cada alimento deveria ser colocado, cada uma dava sua opinião e explicava minimamente. Em nenhum momento demonstraram desinteresse ou desaprovação com a dinâmica. Dentre os alimentos que houve mais classificações errôneas destacaram-se: arroz branco, macarrão, batata, pão francês, carnes e azeite de oliva.

Na dinâmica da mastigação duas cuidadoras de cada grupo foram convidadas a mastigar o mesmo alimento por 10 e 30 vezes, pelo mesmo tempo, com o intuito de demonstrar como a velocidade de mastigação interfere na quantidade de alimento que é consumida, foi necessário explicar verbalmente as instruções para cada grupo, pois as participantes não conseguiram compreender a sequência de orientações disponibilizada previamente. Após explicação todas conseguiram realizar a dinâmica e mostraram-se

extremamente concentradas em sua função na atividade. Algumas disseram que nunca tinham mastigado tantas vezes um alimento. A maioria das participantes conseguiu entender qual o propósito da dinâmica e qual era a relação entre a mastigação e o ganho de peso já no momento da discussão das perguntas norteadoras entre o grupo.

4.2.3 Terceira etapa: roda de conversa

A discussão com todas as cuidadoras sobre a dinâmica do “Semáforo da alimentação” foi o momento que as participantes mais interagiram e, ficaram pasmas com a classificação de determinados alimentos, pois a maioria acreditava não ter dúvidas. Na classificação do azeite de oliva, por exemplo, a maioria julgou que deveria ficar na roda verde (livre).

No momento da discussão sobre a dinâmica da “Mastigação consciente” percebeu-se que esta foi a dinâmica que mais chamou a atenção das participantes. Uma cuidadora se equivocou absorvendo de forma contrária o objetivo da dinâmica, isto é, que quanto menos vezes mastigássemos menos comeríamos, mas o restante do grupo de forma simples e colaborativa explicou para a colega qual conhecimento de fato tal atividade queria transmitir, sem que houvesse necessidade de intervenção da facilitadora nesse momento.

4.2.4 Quarta etapa: dinâmica do espelho

Quando as cuidadoras foram convidadas para descobrirem o que havia dentro da caixa que lhes foi apresentada no início da atividade já estavam muito curiosas. Todas ficaram extremamente surpresas quando a abriam viam seu reflexo e a frase. Algumas se emocionaram e choraram assim que abriram-na, destacando-se os seguintes comentários “eu não sabia que era tão importante”, “isso é a pura verdade, eu sou a peça mais importante e especial de todo o processo”.

4.2.5 Quinta etapa: avaliação da atividade

Duas semanas após a execução da atividade, todas afirmaram que compreenderam em sua totalidade o que foi trabalhado e que mesmo havendo dificuldades para colocar em prática, todos os conhecimentos construídos foram válidos.

A maioria disse ter gostado mais da dinâmica da mastigação consciente e do semáforo da alimentação. O grupo relatou que na semana após a atividade, no momento do almoço, elas começaram a brincar umas com as outras observando a velocidade com que cada uma

mastigava, e quando alguém o estava fazendo com muita rapidez elas a lembravam da atividade e falavam que o correto era mastigar mais lentamente, como haviam aprendido.

Uma das cuidadoras relatou ter aumentado o consumo de água após a atividade, mesmo não sendo esta uma temática abordada. Outra participante relatou que a partir da atividade passou a comprar mais frutas e ofertar com mais frequência aos filhos.

A seguir encontram-se alguns comentários a cerca da atividade. *Comentários gerais:* “antigamente eu pensava que tinha que fazer um monte de coisa pra emagrecer, mas eu vi que somos nós que temos que nos sentir bem. Fazer esforço, mas ficar feliz”, “o momento do cartaz (quadro de atitude-efeito) foi o momento mais interessante, pois quando a gente faz dietas “malucas” muitas vezes não pensamos nas consequências”, “foi muito importante, por que no nosso trabalho a gente precisa fazer muita força, e aprender como comer melhor ajuda no nosso trabalho também”.

Comentários sobre a mastigação consciente: “já tinha ouvido dizer que tem que mastigar muitas vezes na televisão, mas a gente nunca tinha feito. Foi muito interessante ver na prática, isso ficou marcado”, “já tentei mastigar na minha casa, direto eu fico contando quantas vezes eu mastiguei”, “é um desafio mastigar 30 vezes, mas foi muito bom ter essa experiência, e ainda saber que isso pode ajudar a emagrecer” e “depois da atividade mudou muita coisa, até o modo que eu mastigo, eu comia muito rápido, e agora eu estou sabendo comer”.

Comentários sobre o semáforo da alimentação: “gostei de saber que temos que consumir mais o que vem da natureza, o que é mais natural. Por que é o que tem na nossa casa e é mais barato” e “antes eu consumia nos lanches coisas que não vinham da natureza, agora compro mais frutas, porque vem da natureza e é mais saudável”.

5. DISCUSSÃO

Atividades e ações sobre alimentação que abordem a importância do resgate e/ou a intensificação do autocuidado assumem papel fundamental na mudança de comportamento alimentar, visto que a prática de negligenciar o cuidado a si mesmo vem se tornando uma prática cada vez mais frequente, especialmente em cuidadores. É importante frisar o papel fundamental que esses profissionais exercem, sendo uma dentre inúmeras razões pelas quais é indispensável que os mesmos também recebam cuidados (BURIOLA et al., 2016).

Utilizar o resgate e/ou intensificação do autocuidado como ferramenta de adoção de práticas alimentares saudáveis, como demonstrado no presente estudo, pode configurar-se em uma estratégia eficaz no maior envolvimento dos sujeitos com sua alimentação. Considerando que é um dos principais determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2008b), o modo como o indivíduo se alimenta pode estar relacionado com a redução do autocuidado, criando uma possível relação entre o desestímulo no cuidado de si, com a redução da preocupação e atenção nos alimentos consumidos e nas práticas alimentares cotidianas, passando a considerá-las de pouca importância.

Em contrapartida, o indivíduo que se preocupa com a sua saúde e exercita ativamente o autocuidado, conseqüentemente apresenta-se mais atento as escolhas alimentares diárias. O que reforça a necessidade de novas e contínuas atividades de EAN que estimulem o autocuidado e autonomia dos sujeitos.

Os comentários sobre a *atividade do espelho* demonstraram que as cuidadoras não se consideravam importantes, fato esse uma das possíveis causas da redução do autocuidado, e conseqüentemente na despreocupação com a qualidade dos alimentos consumidos e com práticas alimentares saudáveis. Tal atividade teve como resultado primordial contribuir como uma ferramenta de empoderamento, reforçando o quanto cada participante é importante e que cada uma, pode intervir de forma benéfica na sua saúde e na manutenção do seu peso. Silver e Wellman (2002), em estudo realizado com cuidadores também demonstrou que a maioria dos participantes apresentou certo desestímulo em executar atividades de promoção de saúde e autocuidado, como a manutenção de uma alimentação saudável.

No que se refere às dificuldades para a prática de uma alimentação saudável, estudo realizado por Lindemann et al. (2016) com usuários da atenção básica de saúde, com objetivo de conhecer as principais dificuldades para se ter uma alimentação saudável, os autores demonstraram que 57,6% dos participantes mencionaram o custo dos alimentos como um

entreve, 49,4% relataram força de vontade insuficiente, 41,6% a necessidade de abrir mão de alimentos considerados como não saudáveis, 35,7% destacaram a falta de tempo e 31,3% à carência de informações. O que se assemelha aos resultados do presente estudo, que demonstrou que as questões mais relatadas pelas cuidadoras como entraves para uma alimentação saudável compreendiam as questões macroeconômicas, como o custo e disponibilidade dos alimentos, aos aspectos pessoais e comportamentais, como força de vontade insuficiente e escassez de tempo, e em menor frequência a carência de informações.

Esses e outros achados reforçam a necessidade de que atividades de EAN sejam pautadas não apenas na proibição e/ou desestimulação teórica de determinados hábitos ou alimentos, mas, devem apresentar além dessas questões, a problematização das dificuldades encontradas, contribuindo assim para a criação de possíveis estratégias que minimizem tais dificuldades de acordo com a realidade, e não apenas a transmissão de conhecimento teórico sobre alimentação.

O êxito da atividade pode ser medido pelos comentários das cuidadoras durante todo o processo de construção de conhecimento e avaliação da atividade. Atribui-se os resultados positivos, dentre inúmeros fatores, ao planejamento realizado a partir da observação prévia da realidade. O estudo de Lindemann et al. (2016) demonstrou que é de extrema importância que os profissionais de saúde conheçam previamente as dificuldades e as necessidades dos indivíduos visando a adequação das ações de promoção da alimentação saudável, evitando assim condutas padronizadas.

A atividade de EAN, bem como todo o estudo, foi pautada nos princípios para ações de EAN propostos pelo Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, atuando como ferramenta incentivadora da participação ativa e informada dos sujeitos; abordagem da comida e do alimento como referência; promoção do autocuidado e da autonomia; valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas, considerando a legitimidade dos saberes de diferentes naturezas e o planejamento, avaliação e monitoramento das ações (BRASIL, 2012).

Ainda sobre o Marco de EAN, quando o mesmo aborda a importância da adaptação da comunicação às necessidades do público, constatou-se neste estudo que todas as participantes relataram ter tido compreensão total da atividade, mesmo a maioria possuindo pouca escolaridade. A comunicação em EAN deve ser centrada na escuta ativa e próxima, possibilitando aos indivíduos que façam e se sintam efetivamente parte do processo de construção de conhecimento (BRASIL, 2012).

Quanto à recomendação da participação ativa e informada dos sujeitos em EAN para a melhoria de práticas alimentares, Alencar et al. (2016) em seu estudo realizado no Distrito Federal com o objetivo de identificar os fatores que se relacionavam com o envolvimento da população adulta com a alimentação, observou-se a existência de relação diretamente proporcional entre o grau de envolvimento com a alimentação e o consumo de alimentos *in natura*. Tal achado corrobora com os resultados do presente estudo, que demonstrou que o envolvimento das participantes com a temática da alimentação saudável pós-atividade de EAN foi capaz de aumentar o consumo das mesmas de alimentos *in natura*, fato esse que, inclusive, superou as expectativas do estudo.

Tal estudo foi pautado ainda, em algumas recomendações dos “10 passos para uma alimentação adequada e saudável” contidas no Guia alimentar, que orienta que a base da alimentação deve ser proveniente de alimentos *in natura* e minimamente processados; utilizar óleos, gordura, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; limitar o consumo de alimentos processados; evitar o consumo de alimentos ultraprocessados; comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível em companhia (BRASIL, 2014).

Quanto à recomendação do Guia Alimentar sobre a importância da atenção no momento das refeições (BRASIL, 2014), ficou evidente durante todo o processo que a dinâmica da *mastigação consciente* foi uma das que as cuidadoras demonstraram maior interesse, sendo a mesma capaz de desenvolver habilidades e atitudes em algumas participantes, revelando-se desta forma, uma relação diretamente proporcional entre o grau de dificuldade das mesmas sobre esse tema e o interesse expresso pela atividade.

Espera-se que os benefícios dessa atividade se estendam para auxiliar as cuidadoras no controle do estado nutricional, pois essas em sua maioria foram classificadas acima do peso, dados esses que se assemelham ao apresentado pelo *sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL*, onde mais da metade da população adulta apresentou sobrepeso. Tal fato está relacionado, dentre outros, com a modificação do padrão alimentar da população evidenciado nas últimas décadas, caracterizado pelo consumo reduzido de alimentos *in natura* e minimamente processados em detrimento do consumo excessivo de alimentos processados e ultraprocessados na dieta habitual. Estes últimos apresentam com frequência, elevada densidade calórica, altas quantidades de açúcares, sódio, quantidades reduzidas de vitaminas, minerais e fibras, dentre outros malefícios (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Além dos impactos negativos que o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados traz a cultura, a vida social e ao meio ambiente, favorece ainda o aparecimento e/ou agravamento de patologias, como diabetes *mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diversos tipos de câncer. Como a alimentação configura-se em um importante fator de risco modificável na prevenção de patologias, justifica-se assim, a adoção de medidas precoces de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da prática contínua de EAN (BRASIL, 2012, 2014; FAO, 2017).

Diante desses e de todos os demais resultados dessa pesquisa, fica evidenciado a importância da utilização de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos nas atividades de EAN que favoreçam o diálogo junto aos indivíduos, considerando as interações e significados que compõem o comportamento alimentar para promoção da prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2012).

Sabe-se, contudo, que para a concretização das mudanças de comportamento alimentar o processo de EAN deve ser permanente e contínuo, sendo esta uma das limitações desse estudo, pois a atividade de EAN ocorreu em um único encontro, devido à inviabilidade de cronograma. Espera-se que novas atividades de EAN sejam realizadas com esse público em tempo oportuno.

6. CONCLUSÃO

A atividade de EAN contribuiu para o fortalecimento do autocuidado e consequente adoção de práticas alimentares mais saudáveis, a partir do resgate do interesse das cuidadoras pela própria saúde, podendo contribuir assim, para uma melhor qualidade de vida das mesmas. Tendo em vista a importância biológica, social e cultural que a alimentação desempenha na vida do ser humano, a temática da alimentação adequada e saudável tem papel fundamental na saúde das cuidadoras.

A prática de EAN deve basear-se na realidade vivenciada pelos indivíduos a serem atingidos, tornando-os assim, protagonistas do processo de construção de conhecimento. O processo de construção de conhecimento sobre alimentação adequada e saudável deve ser contínuo, visto que as demandas vão se ampliando com certa rapidez, o que reafirma que o processo deve ser permanente.

Para tal, faz-se necessário que novos estudos estendam as suas abordagens à temática da alimentação do cuidador formal e não apenas os indivíduos que recebem os cuidados, considerando a importância que esses profissionais exercem na nossa sociedade e a contribuição indiscutível que a alimentação desempenha na qualidade de vida dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, B. et al. Factors related to food involvement in the adult population. **Rev. Nutr.** v. 29, n.3, p.337-335, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n3/1415-5273-rn-29-03-00337.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. **Semina: Ciências Sociais e Humanas.** v.16, n. 2, p.9-19, 1995. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/9458/8240>>. Acesso em: 01 out. 2016.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** v.2, n.2, p.139-154, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

BERBEL, N.A.N. A Metodologia da Problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Rev. Diálogo Educ.**v.12, n.35, p.103-120, 2012. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/dialogo?dd1=5904&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 01 out. 2016.

BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Cuidar melhor e evitar a violência:** manual do cuidador da pessoa idosa. Tomiko Born (org). Brasília, 2008a. Disponível em:<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/pdf/manual-do-cuidadora-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 17 set. 2016.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes sociais da saúde. **As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil:** relatório final da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador_2ed.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações.** Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2010a. 3. ed. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/observatoriosocial/files/2014/09/CBO-Livro-1.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: <http://www.ideiasnamesa.unb.br/files/marco_EAN_visualizacao.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a população Brasileira**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BURIOLA, A. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá – Paraná. **Esc Anna Nery**. v.20, n.2, p.344-351, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0344.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

CARDOSO, L. et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.2, p.513-517, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a33v46n2.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA. **América Latina y el Caribe: panorama de la seguridad alimentaria y nutricional** - Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Santiago: FAO, 2016. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

LINDEMANN, I. L. et al. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n.2, p.599-610, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0599.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2017.

MOREIRA, P. R. S. et al. Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**.v.20, n.12, p. 3907-3923, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203907&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. **Manual do cuidador da pessoa idosa**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social, 2008. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/303.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

SILVER, H. J; WELLMAN, N. S. Nutrition Education May Reduce Burden in Family Caregivers of Older Adults. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. v.34, p. 53-58, 2002. Disponível em: <http://nutrition.fiu.edu/Center_Initiatives/publications/J%20Nutr%20Educ%20Behav%20Silver%20Reduce%20Burden.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf>. Acesso em: 14 out. 2016.